



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

JOANA ISABEL OLIVEIRA CANIÇO

***AVALIAÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA DE
DOENTES COM DOR ONCOLÓGICA***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA INTERNA/ONCOLOGIA MÉDICA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DR. JOSÉ MANUEL NASCIMENTO COSTA
DRA. CRISTINA PISSARRO**

FEVEREIRO 2011

ÍNDICE

Índice.....	1
Resumo/Abstract.....	2
Introdução.....	6
Material e Métodos.....	9
Resultados.....	10
Discussão.....	14
Conclusão.....	19
Bibliografia.....	20
Agradecimentos.....	23

AValiação CLÍNICA E TERAPêutica DE DOENTES COM DOR ONCOLÓGICA

RESUMO

Introdução: Cerca de 30 – 60% dos doentes oncológicos a efectuar terapêutica citostática e mais de 66% dos que apresentam cancro avançado referem dor. A dor é severa e com um impacto significativo na qualidade de vida em cerca de 78% de todos os doentes oncológicos. Uma adequada classificação da dor é essencial para o estabelecimento da estratégia terapêutica. As *guidelines* da Organização Mundial de Saúde têm revelado eficácia no controlo da dor oncológica, sendo, por isso, recomendadas na prática clínica.

Objectivos: O presente estudo pretende avaliar as características clínicas da dor oncológica, bem como a eficácia de diversas estratégias terapêuticas instituídas, em doentes seguidos na Unidade da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Metodologia: Análise clínica retrospectiva de 80 processos de doentes oncológicos, admitidos na Unidade da Dor no ano de 2009. A colheita dos dados clínicos incluiu parâmetros como a idade, sexo, localização anatómica do tumor primário, metastização, tipo de dor, intensidade da dor à data de admissão e após instituição da terapêutica, terapêutica analgésica e adjuvante.

Resultados: 65% dos doentes eram do sexo masculino e a idade mediana do grupo foi de 67 anos. Quanto à origem do cancro, o cancro colo-rectal e o do pulmão foram os mais frequentes e 76% dos doentes apresentavam doença metastizada na data da primeira consulta. A dor nociceptiva foi o tipo de dor mais frequentemente observado (53,8%). De uma forma global, a intensidade média da dor na primeira consulta foi 6. Os grupos de fármacos mais

usados consoante o tipo de dor foram: na dor neuropática - analgésicos não-opioides (65%), opioides fortes (59%), anticonvulsivantes (82%) e anti-inflamatórios (77%); na dor nociceptiva – analgésico não-opioides (74%) e anti-inflamatórios (74%); na dor mista - analgésicos não-opioides (80%), opioides fortes (60%), anti-inflamatórios (90%) e anti-depressivos (45%). Observou-se dor controlada, na altura da reavaliação, em 47% dos doentes com dor neuropática, em 74,3% dos doentes com dor nociceptiva e em 60% dos doentes com dor mista.

Conclusão: O tipo de dor influencia a intensidade de dor oncológica, o tratamento médico usado e a sua eficácia. A dor neuropática, pelas suas especificidades etiológicas e clínicas bem como pela sua importância na dor oncológica, destaca-se como um desafio terapêutico. A utilização na prática clínica das *guidelines* da Organização Mundial de Saúde revela-se eficaz no controlo da maior parte dos casos de dor oncológica.

Palavras-chave: Dor oncológica; Dor; Dor neuropática; Dor nociceptiva; Avaliação da Dor; Terapêutica da Dor; Escala Verbal Numérica.

ABSTRACT

Introduction: Approximately 30-60% of cancer patients that receiving cytotoxic therapy and more than 66% of those with advanced cancer report pain. The pain is severe and has a significant impact on quality of life by about 78% of all cancer patients. Proper classification of pain is essential for the establishment of a therapeutic strategy. The guidelines of the World Health Organization have shown efficacy in controlling cancer pain, and is therefore recommended in clinical practice.

Objectives: This study aims to evaluate the clinical characteristics of cancer pain and the effectiveness of different therapeutic strategies established in patients followed in the Pain Unit of the University Hospital of Coimbra.

Methods: Retrospective clinical analysis of 80 cases of cancer patients admitted to the Unit of Pain in 2009. The collection of clinical data included parameters such as age, sex, anatomical location of primary tumor, metastasis, type of pain, pain at the time of admission and after institution of therapy, and adjuvant analgesic therapy.

Results: 65% of patients were male and the median age group was 67 years. Regarding the origin of cancer, colorectal cancer and lung were the most frequent and 76% of patients had metastatic disease at first assessment. Nociceptive pain was the kind of pain most frequently observed (53.8%). Holistically, the average intensity of pain at first consultation was 6. The most commonly used drug groups according to type of pain were in neuropathic pain - non-opioid analgesics (65%), strong opioids (59%), anticonvulsants (82%) and anti-inflammatory drugs (77%) in nociceptive pain - non-opioid analgesic (74%) and anti-inflammatory drugs (74%), in mixed pain - non-opioid analgesics (80%), strong opioids (60%), anti-inflammatory drugs (90%) and anti-depressants (45%). There is pain controlled at the time of reassessment in 47% of patients with neuropathic pain, in 74.3% of patients with nociceptive pain and 60% of patients with mixed pain.

Conclusions: The type of pain influences the intensity of cancer pain, medical treatment used and its effectiveness. Neuropathic pain, its etiological and clinical characteristics as well as its importance in cancer pain, stands out as a therapeutic challenge. The use in clinical practice guidelines of the World Health Organization appears to be effective in controlling the majority of cases of cancer pain.

Key words: Cancer pain; Pain; Neuropathic pain; Nociceptive pain; Pain evaluation; Pain therapy; numerical rating scale.

INTRODUÇÃO

Cerca de 30 – 60% dos doentes oncológicos a efectuar terapêutica citostática e mais de 66% dos que apresentam cancro avançado referem dor. (Graham 2004) Em 85% dos casos, a dor encontra-se directamente relacionada com o cancro (envolvimento visceral, invasão dos tecidos moles, metástases, compressão ou infiltração nervosa pelo tumor), sendo que, em 17% das situações, ela é secundária às terapêuticas oncológicas (ex: fibrose pós-radioterapia, neuropatia associada aos citostáticos ou sequelas de intervenção cirúrgica). (WHO, 1990) Relativamente à intensidade da dor, cerca de 78% dos doentes oncológicos referem dor severa, com um impacto significativo na sua qualidade de vida. (WHO (1990); Hanks (2001); American Pain Society (2003); Weinstein (2009)) A dor pode ser classificada em vários tipos: nociceptiva, neuropática e idiopática. Estes tipos de dor não são exclusivos, pois um doente oncológico pode apresentar vários tipos de dor. A Escala Numérica é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da dor, sendo simples de utilizar e permitindo a avaliação da eficácia da terapêutica analgésica.

As *guidelines* da Organização Mundial de Saúde (OMS), que advogam uma abordagem terapêutica da dor por degraus de intensidade, têm revelado eficácia no controlo da dor oncológica, observando-se alívio significativo da dor em cerca de 70 - 76% dos doentes. (Hanks (2001); American Pain Society (2003); Weinstein, (2009)) Por esta razão, diversas organizações internacionais, incluindo a Associação Europeia para os Cuidados Paliativos e a Sociedade Americana da Dor, recomendam a utilização destas *guidelines* na prática clínica.

O presente estudo tem como objectivo avaliar as características clínicas da dor oncológica, bem como a eficácia de diversas estratégias terapêuticas instituídas, em doentes seguidos na Unidade da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Penso que talvez devamos eliminar o que está a vermelho pois fica demasiado exaustivo para a introdução: De uma forma sumária, a escada analgésica da OMS baseia-se nos seguintes fundamentos (WHO (1990); Hanks (2001) and American Pain Society (2003))

1. Os analgésicos sistémicos proporcionam frequentemente um alívio satisfatório da dor oncológica se for prescrito o fármaco adequado, na dose e posologia correctas.
2. A terapêutica da dor é instituída de acordo com a intensidade da dor, numa “escada analgésica”: dor ligeira (1º degrau), dor moderada (2º degrau) e dor severa (3º degrau).
3. Os analgésicos não-opioides são utilizados para alívio da dor ligeira (1º degrau).
4. Em casos de dor moderada (2º degrau), recorre-se a um opioide fraco, associado ou não a um analgésico não-opioide.
5. Se se trata de dor severa (3º degrau), é iniciada terapêutica com um opioide forte, associado ou não a um analgésico não-opioide.
6. Em qualquer um dos degraus da escada analgésica, pode recorrer-se a fármacos adjuvantes ou a intervenções complementares como a radioterapia e os bloqueios nervosos, de acordo com a situação clínica particular do doente.
7. A via oral é a via de administração preferencial. Apenas em casos em que esta via está indisponível ou contra-indicada (ex: oclusão intestinal, vómitos), ou em casos de dor aguda, deve ser utilizada a via parentérica.
8. A analgesia é prescrita em intervalos fixos, estando previstas, igualmente, administrações em SOS para controlo da dor irruptiva.
9. A optimização da dose analgésica, com minimização dos efeitos colaterais, é feita através de titulação progressiva dos fármacos, tendo em conta a intensidade da dor referida pelo doente. O início da terapêutica com opioides deve ser feito com recurso a formulações de libertação rápida, seguido de titulação da dose até determinação da

dose óptima para controlo da dor. Quando esta dose é determinada, pode proceder-se à substituição por uma formulação de libertação prolongada, em dose equivalente, do mesmo tipo de opióide se possível.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste numa revisão clínica retrospectiva de 80 doentes com dor oncológica admitidos e tratados na Unidade da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra no ano de 2009. A colheita de dados clínicos incluiu: idade, sexo, localização anatómica do tumor primário, metastização, tipo de dor, intensidade da dor à data de admissão e após instituição da terapêutica, terapêutica analgésica e adjuvante, complicações do tratamento, data de *follow-up*. A intensidade da dor foi avaliada de acordo com a escala numérica verbal (ENV), sendo que, segundo esta escala, 0 corresponde a “ausência de dor” e 10 corresponde a “pior dor imaginável”. A abordagem terapêutica da dor foi estabelecida, de uma forma genérica, de acordo com a escada analgésica da OMS. A definição de dor controlada consistiu em intensidade da dor igual ou inferior a 3. No presente estudo, não foi efectuada avaliação do impacto da dor na qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Análise Estatística

A análise estatística descritiva foi efectuada com o suporte do programa informático SPSS versão 18.0.

RESULTADOS

Dos 80 doentes analisados neste estudo, 65% eram do sexo masculino e 35% do sexo feminino. A idade mediana do grupo foi de 67 anos, com um valor mínimo de 38 e máximo de 89 anos.

Quanto à origem do cancro, o cancro colo-rectal e o do pulmão foram os mais frequentes, perfazendo um total de 32,6% dos doentes. No sexo masculino, os cancros mais frequentes foram o colo-rectal (23%) e o do pulmão (19,2%); por outro lado, relativamente ao sexo feminino, os cancros da mama (17,9%), estômago (14,3%) e útero (14,3%) foram os mais comuns. A localização primária do cancro dos doentes encontra-se descrita de forma pormenorizada na Tabela I.

Tabela I. Localização primária do cancro

Origem do cancro	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Colo-rectal	3 (10,7%)	12 (23%)	15 (18,75%)
Pulmão	1 (3,6%)	10 (19,2%)	11 (13,8%)
Estômago	4 (14,3%)	6 (11,5%)	10 (12,5%)
Pâncreas	1 (3,6%)	6 (11,5%)	7 (8,8%)
Mama	5 (17,9%)	1 (1,9%)	6 (7,5%)
Faringe	1 (3,6%)	4 (7,7%)	5 (6,3%)
Útero	4 (14,3%)	-	4 (5,0%)
Próstata	-	4 (7,7%)	4 (5,0%)
Oculto	0	3 (5,8%)	3 (3,8%)
Ganglionar	1 (3,6%)	2 (3,8%)	3 (3,8%)
Rim	1 (3,6%)	2 (3,8%)	3 (3,8%)
Ovário	2 (7,1%)	-	2 (2,5%)
Intestino delgado	2 (7,1%)	0	2 (2,5%)
Vulva	2 (7,1%)	0	2 (2,5%)
Esófago e Laringe	0	1 (1,9%)	1 (1,3%)
Coluna vertebral	1 (3,6%)	0	1 (1,3%)
Fígado	0	1 (1,9%)	1 (1,3%)
Retroperitoneal	1 (3,6%)	0	1 (1,3%)
Total	28 (35%)	52 (65%)	80 (100%)

Nesta amostra, 76,3% dos doentes apresentavam doença metastizada na data da primeira consulta. Os locais de lesão neoplásica secundária mais frequentemente registados foram fígado, pulmão e osso.

Verificou-se que a etiologia da dor se relacionava directamente com os tratamentos antineoplásicos (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) em 7 casos.

A intensidade média da dor na primeira consulta foi 6. Não se observou diferença na intensidade média da dor inicial no sexo masculino e feminino. A intensidade média variou consoante o tipo de dor: na dor neuropática foi 7, na dor nociceptiva foi 6 e na dor mista foi 6. A dor nociceptiva foi o tipo de dor mais frequentemente observado neste estudo (53,8%). A distribuição dos tipos de dor encontra-se esquematizada na Tabela II.

Tabela II. Distribuição dos tipos de Dor

Tipo de Dor	Nociceptiva	Mista	Neuropática
	43 (53,8%)	20 (25,0%)	17 (21,3%)

De uma forma global, os grupos de fármacos mais usados consoante o tipo de dor foram: na dor neuropática - analgésicos não-opioides (65%), opioides fortes (59%), anticonvulsivantes (82%) e anti-inflamatórios (77%); na dor nociceptiva – analgésico não-opioides (74%) e anti-inflamatórios (74%); na dor mista - analgésicos não-opioides (80%), opioides fortes (60%), anti-inflamatórios (90%) e anti-depressivos (45%). Os fármacos mais usados em cada grupo foram: paracetamol e metamizol magnésico (Analgésico e Antipirético), tramadol (Opióide fraco), fentanil e morfina (Opióide forte), pregabalina e gabapentina (Anticonvulsivante), ibuprofeno e naproxeno (Anti-inflamatório), amitriptilina (Antidepressivo). A terapêutica instituída após a avaliação inicial na Unidade da Dor, por

grupos de fármacos e de acordo com os vários tipos de dor, encontra-se sumariada na Tabela III.

Em casos pontuais, verificou-se necessidade de administração imediata de morfina por via subcutânea ou intravenosa durante a primeira consulta. Foram registadas duas intervenções analgésicas por bloqueio epidural em dois doentes, com dor nociceptiva e mista respectivamente.

Tabela III. Grupos de fármacos prescritos na 1ª consulta da Dor

		Dor Neuropática	Dor Nociceptiva	Dor mista
Analgésicos (% doentes)	Não-opioides	64,7	74,4	80,0
	Opioides fracos	41,2	48,8	35,0
	Opioides fortes	58,8	46,5	60,0
Adjuvantes (% doentes)		94,1	88,4	90,0
	Anticonvulsivante	82,4	0	35,0
	Anti-inflamatórios	76,5	74,4	90,0
	Antidepressivos	29,4	18,6	45,0
	Corticóides	5,9	4,7	20,0
	Benzodiazepinas	23,5	32,6	35,0
	Anti-espasmódicos	0	4,7	5,0

O intervalo mediano de tempo entre a primeira consulta na Unidade da Dor e a reavaliação foi 3 semanas, variando desde 1 até 58 semanas.

A intensidade média da dor na altura da reavaliação foi 4 no caso da dor neuropática, 3 na dor mista e, por fim, 2 no caso da dor nociceptiva. A intensidade da dor na data da admissão e na reavaliação é apresentada na Tabela IV.

Tabela IV. Intensidade média (mínima e máxima) da dor na 1ª consulta e na reavaliação

		Intensidade dor na 1ª consulta	Intensidade dor na reavaliação
Sexo	Feminino	6 (3-10)	2 (0-9)
	Masculino	6 (0-10)	2 (0-9)
Tipo de dor	Dor neuropática	7 (2-10)	4 (0-9)
	Dor nociceptiva	6 (0-10)	2 (0-8)
	Dor mista	6 (0-9)	3 (0-9)

Observou-se dor controlada em 47% dos doentes com dor neuropática, em 74,3% dos doentes com dor nociceptiva e em 60% dos doentes com dor mista. A distribuição dos doentes de acordo com a intensidade final da dor encontra-se esquematizada na Figura 1.

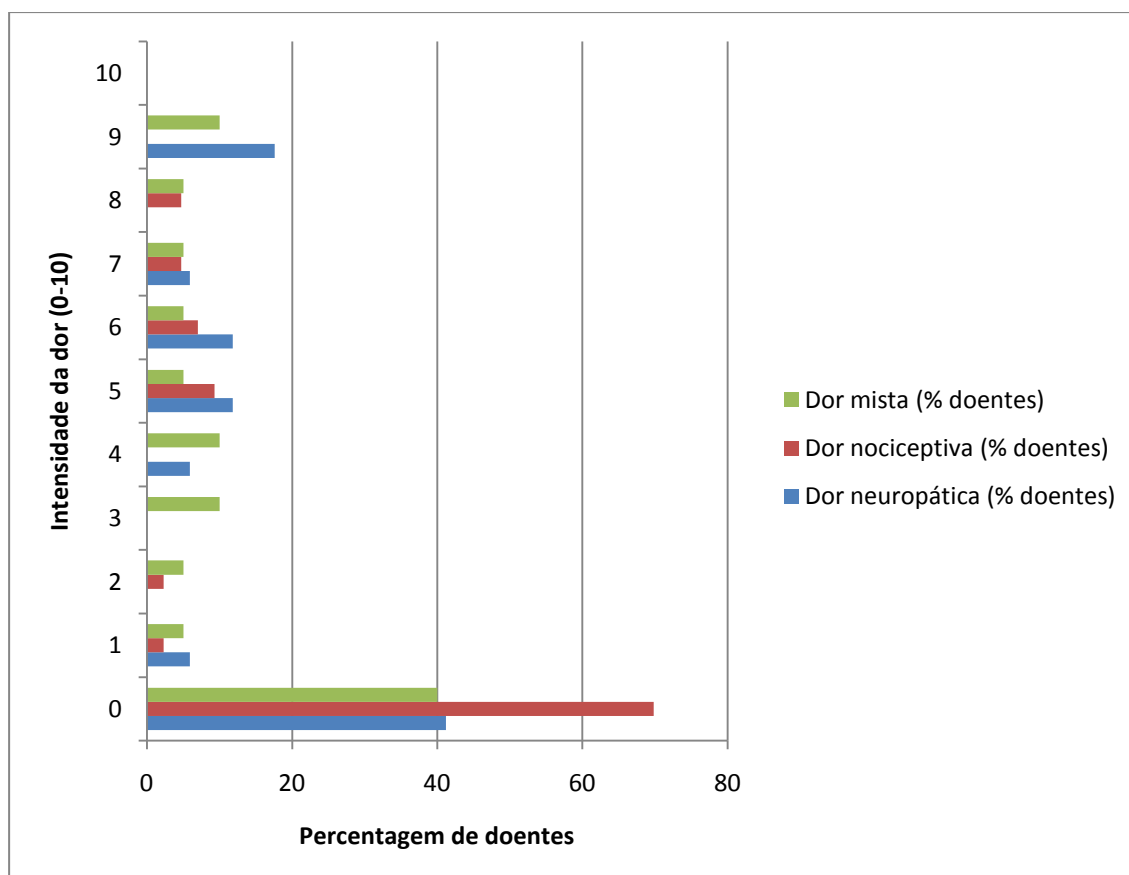


Figura 1. Distribuição dos doentes de acordo com a intensidade final da dor.

DISCUSSÃO

A dor é um sintoma com uma prevalência significativa nos doentes oncológicos, sobretudo em casos de cancro avançado, tendo um importante impacto na sua qualidade de vida. O presente estudo consiste numa avaliação das características clínicas da dor oncológica, bem como da eficácia das diversas estratégias terapêuticas instituídas, num grupo de 80 doentes seguidos na Unidade da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

A disseminação do cancro tem impacto não só no prognóstico e na sobrevivência do doente oncológico, mas também na sua qualidade de vida pela elevada frequência de dor associada à doença metastizada. Num estudo com 667 doentes, a dor era mais frequente nos doentes com metástases (59%) em comparação com doentes sem metástases (36%), salientando a metastização como um importante determinante na dor oncológica. (Daut, 1982) Num outro estudo, que consistiu numa análise de 1300 doentes de ambulatório com doença metastizada, aproximadamente 2/3 tinham dor associada ao cancro. (Cleeland et al, 1994) À semelhança dos dados encontrados na literatura, o presente estudo revelou que a maioria dos doentes admitidos na consulta da dor apresentava doença metastizada e que o osso correspondia a uma das localizações secundárias mais frequentes.

Relativamente à etiologia da dor oncológica, a invasão tumoral destaca-se como a causa principal das queixas algicas. Num estudo com 200 doentes seguidos numa clínica especializada em dor oncológica, a dor era consequência directa da invasão tumoral em 80% dos casos. (Banning, 1991) Com o desenvolvimento dos tratamentos, tem de se considerar para além dos benefícios óbvios, os efeitos colaterais que se encontram significativamente relacionados com a dor. Embora a dor causada pelo próprio cancro seja mais frequente, o tratamento e outras causas não relacionadas podem ser responsáveis pela dor em 25% dos casos. (Zech et al, 1995) O presente estudo revela, de forma sobreponível à literatura, que a

maioria dos casos de dor oncológica foi originada pelo próprio tumor e que, em apenas 9% dos casos, o tratamento anti-neoplásico teve um contributo significativo na sua etiologia.

Na literatura, a dor neuropática é salientada como a mais frequente no âmbito da dor oncológica. Este tipo de dor pode ter origem em várias causas que incluem infiltração directa de estruturas nervosas pelo tumor, fibrose decorrente da radioterapia e danos cirúrgicos. (Bajwa, 2009) É difícil avaliar os tipos de dor isoladamente pois podem coexistir vários tipos, no mesmo doente: um exemplo é a dor mista, também considerada neste estudo, que tem uma combinação de componentes neuropático e nociceptivo. Num estudo, a maioria dos portadores de cancro avançado apresentava simultaneamente dois tipos de dor: a nociceptiva e a neuropática. (Salamonde et al, 2006) No presente estudo o tipo de dor mais frequente foi a dor nociceptiva, seguida pela dor mista e, por último, a dor neuropática. Os resultados do presente estudo são discordantes da literatura, mas devem ser interpretados de forma cautelosa devido à reduzida dimensão da amostra.

Quando se compararam os vários tipos de dor, as médias respectivas mostraram discordâncias subtis. No entanto, salienta-se que a dor neuropática (média=7) apresentava uma intensidade superior aos outros tipos de dor (média=6). O sexo dos doentes não teve influência na intensidade da dor neste estudo.

A dor é, muitas vezes, subestimada. Há estudos que provam que, não seguindo as *guidelines* da OMS, muitos doentes continuam inadequadamente tratados. Foi averiguado que o insuficiente alívio da dor estava particularmente associado a minorias, mulheres e idosos. (Bajwa, 2009) Devemos estar atentos à forma como o doente lida com a dor e a sinais de dor ao exame físico: hipertensão, taquicardia e diaforese; agitação e confusão (doença cerebral orgânica); apatia, inactividade, irritabilidade (défice cognitivo) e ainda recusa alimentar, podem dar pistas para um possível quadro algico. Excluindo outras causas agudas de dor,

analgésicos empiricamente devem ser usados, e a melhoria dos sinais clínicos podem confirmar a presença de dor. (Bajwa, 2009)

O tratamento foi estabelecido segundo a abordagem terapêutica da dor por degraus de intensidade, definido pelas *guidelines* da OMS. No que concerne à escolha de analgésicos para o controlo dos diferentes tipos de dor, não se observaram diferenças significativas na prescrição. Destaca-se o papel do Paracetamol, que foi o fármaco dominante nas prescrições e habitualmente escolhido como primeira linha. O Paracetamol é amplamente usado na abordagem da dor oncológica leve a moderada. (Moore et al, 1998)

O uso de opióides parentéricos nem sempre é prático pois é um processo invasivo, inconveniente e desconfortável; no entanto, se a dor é severa, esta via parece aceitável. (Walker e tal, 2003) Em alguns doentes, registou-se o uso de opióides parentéricos (principalmente de Morfina subcutânea) essencialmente em doentes com dor aguda severa, com intensidades superiores a 8 (ENV), e dor refractária ao tratamento oral anterior. Nos casos de dor severa crónica e com doença avançada foi mais usado o Fentanilo transdérmico que é um opióide forte, com via de administração e posologia mais cómodas para o doente.

Nos doentes em que não se alcança alívio sintomático através da abordagem segundo a escada analgésica da OMS, a analgesia epidural e intratectal pode ser a intervenção seguinte a adoptar com vista ao controlo da dor de origem maligna. Esta alternativa é usada numa minoria de doentes e neste estudo correspondeu a 2,5%. A morfina é o único opióide aprovado para uso intraespinal pela US Food and Drug Administration. Analgésicos não opióides podem ser usados por via intraespinal, isolados ou em combinação com um opióide no tratamento de dor oncológica intratável. (Kedlaya, 2002)

Além dos analgésicos não-opioides, dos opioides fracos e fortes, foram extensamente usados fármacos analgésicos adjuvantes. Um estudo salienta o seu contributo para a analgesia e verificou-se que, na medicação mais utilizada, figuravam os antidepressivos, os corticóides

e os neurolépticos. (Salamonde e tal, 2006) Não existem indicações absolutas para o uso destes fármacos mas está comprovada a sua utilidade clínica na terapia analgésica. Entre os doentes que podem beneficiar destes adjuvantes estão os que têm dor com origem em metástases ósseas, aumento da pressão intracraniana, obstrução de vísceras ocas e infiltração orgânica tumoral. (Zeppetella, 2009)

Os adjuvantes analgésicos mais usados foram os anti-inflamatórios, devido ao quadro de inflamação sistémica decorrente da doença oncológica e às propriedades analgésicas secundárias. Os anti-depressivos também têm um papel fundamental, sobretudo pelo seu efeito no limiar de percepção da dor. O uso de corticóides foi cauteloso nesta amostra provavelmente devido aos efeitos colaterais habituais e bem conhecidos.

Relativamente ao tipo de dor, verificou-se que os anticonvulsivantes apenas são usados em dor com componente neuropático e os anti-espasmódicos apenas na dor com componente nociceptivo. Estas diferenças entendem-se pelo princípio de acção destes fármacos. Os anticonvulsivantes actuam no sistema nervoso, por outro lado os anti-espasmódicos inibem a contracção dos tecidos musculares lisos, ou seja, os locais de acção destes fármacos coincidem com os locais de origem da dor neuropática e nociceptiva respectivamente. O uso combinado destes adjuvantes analgésicos específicos na dor mista é eficaz para o seu controlo. É importante a adequação específica dos analgésicos adjuvantes ao tipo de dor, nomeadamente com a dor neuropática paroxística que é a mais desafiante, a adição de fármacos específicos pode reduzi-la ou até preveni-la. (Wiffen et al, 2005 and Saarto, 2005)

Embora não estejam incluídos no grupo de fármacos adjuvantes é importante destacar a prescrição de laxantes e anti-eméticos praticamente constante para minimizar os efeitos secundários do uso de opióides.

Neste estudo a maioria dos doentes tinham dor controlada na reavaliação e felizmente, este resultado é alcançado na maioria dos casos. (Foley, 1985) Há resultados heterogéneos quando comparados os diferentes tipos de dor. Constatou-se que com dor neuropática é mais difícil alcançar a dor controlada (média intensidade dor na reavaliação=4). A dor nociceptiva mostrou ter maior relação com a eficácia analgésica com sensivelmente 70% dos doentes “sem dor” na reavaliação. Com dor neuropática ou mista, apenas 50% dos doentes alcançou esta condição. Novamente a variação de género não revelou diferenças de efectividade analgésica entre homens e mulheres.

Existem alguns problemas descritos que dificultam o controlo algico, como a dor incidental, a dor neuropática, a tolerância, os antecedentes de transtornos psicológicos e de abuso de substâncias. (Soares, 2003) Alguns estudos realçam a influência do pior prognóstico na dificuldade da analgesia. Ficou demonstrado que o tempo para atingir a dor controlada nos doentes com melhor prognóstico era menor (mediana=4 dias) do que nos doentes com pior prognóstico (mediana= 6 dias). Mesmo assim a prevalência da dor controlada é significativa nos doentes com pior prognóstico (50%). (Knudsen e tal, 2009) Na literatura a dor neuropática entre outros factores é também considerada uma limitação ao tratamento farmacológico, na dor oncológica, devido à resistência relativa aos opióides transformando-a na dor mais desafiante para tratar. (Portenoy, 1990)

CONCLUSÃO

O tipo de dor influencia a intensidade de dor oncológica, a estratégia terapêutica usada e a sua eficácia. A dor neuropática, pelas suas especificidades etiológicas e clínicas bem como pela sua importância na dor oncológica, destaca-se como um desafio terapêutico. A avaliação sistemática da intensidade da dor permite a monitorização da eficácia do tratamento e contribui para humanização dos cuidados de saúde e para a qualidade de vida dos doentes. A utilização na prática clínica das *guidelines* da Organização Mundial de Saúde revela-se eficaz no controlo da dor oncológica, tendo sido obtido controlo da dor neste estudo, após abordagem terapêutica inicial, em 47% dos doentes com dor neuropática, em 74% dos doentes com dor nociceptiva e em 60% dos doentes com dor mista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[5] American Pain Society: Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain Glenview, IL: American Pain Society; 2003

[12] Bajwa ZH, Warfield CA. Overview of cancer 2009

[9] Banning, A, Sjoren, P, henriksen, H. Pain causes in 200 patients referred to a multidisciplinary cancer pain clinic. Pain 1991; 45:45

[8] Cleeland, CS, Gonin, R, Hatfield, AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330:592

[10] Coyle, N, Adelhardt, J, Foley, KM, Portenoy, RK. Charater of terminal illness in the advanced cancer patient: Pain and other symptoms during the last four weeks of life. J Pain Symptom Manage 1990; 5:83

[7] Daut, RL, Cleeland, CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50:1913

[20] Foley, K. The treatment of cancer pain. N Engl J Med 1985; 313:84

[1] Graham J, Fletcher-Louis M: Cancer pain. Decision Resources, Inc 2004:ii-175.Dy SM, Asch.

- [4] Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Radbruch L, Casas JR, Sawe J, Twycross RG and Ventafridda V: Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer 2001, 84:587–93.
- [16] Kedlaya D, Reynolds L, Waldman S. Epidural and intrathecal analgesia for cancer pain. Best practice & Research Clinical Anaesthesiology 2002; 16:651-665
- [22] Knudsen AK, Aass N, Faisinger R, Caraceni A, Klepstad P, Jordhoy M, Hjermstad MJ, Kaasa S. Classification of pain in cancer patients- Sys literature Rev. Palliative Medicine 2009; 23:295-308
- [14] Moore A, Collins S, Carrol D, et al. Single dose paracetamol (acetaminophen), with and without codeine, for postoperative pain. Cochrane Database Syst Rev 1998: 1547
- [23] Portenoy RK, Foley KM, Inturrisi CE. The nature of opioid responsiveness and its implications for neuropathic pain: New hypotheses derived from studies of opioid infusions. Pain 1990; 43:273
- [19] Saarto t, Wiffen, PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database sys Rev 2005:5454
- [13] Salomonde, GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFCD. Análise Clínica e terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos. Ver Bras Anesthesiol 2006; 56:6:602-618

- [21] Soares LGL. Dore m Pacientes com câncer, em: Cavalvanti IL, Maddalena ML. Dor, 1ªed., Rio de Janeiro, SAERJ, 2003; 285-299
- [15] Walker G, Wilcock A, Manderson C, et al. The acceptability of different routes of administration of analgesiafor breakthrough pain. Palliat Med 2003; 17:219-221
- [3] Weinstein SM. A new extended release formulation (OROS®) of hydromorphone in the management of pain. Ther Clin Risk Manag 2009; 5:75-80.
- [18] Wiffen P, Collins S, Mcquay H, et al. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Database Sys Rev 2005:1133
- [2] World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804 Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1990, 1–75
- [6] World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. WHO Tech Rep Ser. 1990;804:1–75.
- [11] Zech, DF, Grond, S, Lynch, J, et al. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10 year prospective study. Pain 1995; 63;65
- [17] Zeppetella G. Impact and management of breakthrough pain incancer. Current Opinion in Supportive and Palliative Care 2009. 3:1-6

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento ao Prof. Dr. Nascimento Costa e à Dra. Cristina P. Azevedo por toda a ajuda fulcral para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Dr. José Martins Nunes, à Dra. Rosário Órfão e à Dra. Marta Retrós pela disponibilidade e apoio na superação de obstáculos.

À dona Prazeres Alves pela paciência e toda a ajuda durante este percurso.

À minha família por todo o apoio incondicional de sempre.

Às minhas amigas pela força e apoio em cada etapa.